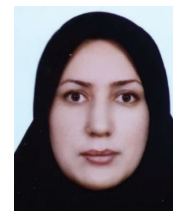


فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۹، شماره ۱، پاییز ۱۳۹۷

اثربخشی الگوی رواندرمانی ویژه بیماران میگرن بر مشکلات روان‌شناختی آنها

معصومه عزیزی^{۱*}



۱. هیئت علمی، گروه علم اطلاعات و دانش شناسی دانشکده ادبیات و علوم انسانی، زابل، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۵/۲۳

تاریخ بازبینی: ۱۳۹۷/۶/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۷/۱

چکیده

زمینه و هدف: بیماران مبتلا به میگرن مشکلات روان‌شناختی فراوانی دارند که افسردگی، اضطراب و استرس از مهمترین این مشکلات هستند. در پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی الگوی رواندرمانی ویژه بیماران میگرن بر مشکلات روان‌شناختی آنها پرداخته است. **مواد و روش‌ها:** در این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل، تعداد ۳۰ بیمار میگرن، به صورت در دسترس از بیمارستان خاتم الانبیا شهر زاهدان انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌دهی شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۲/۵ ساعته، تحت رواندرمانی ویژه بیماران میگرن قرار گرفتند، درحالی‌که آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را طی این مدت دریافت نکردند. هر دو گروه آزمایش و کنترل قبل و بعد از درمان مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱) را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) و توسط SPSS ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که در میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس قبل و بعد از درمان تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/001$). به عبارت دیگر، به نظر می‌رسد روان‌درمانی ویژه بیماران میگرن بر مشکلات روان‌شناختی آنان مؤثر بوده است. **نتیجه‌گیری:** رواندرمانی ویژه میگرن در کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران میگرن مؤثر است؛ بنابراین، به عنوان یک درمان اثربخش برای بهبود بهداشت روان پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: میگرن، افسردگی، اضطراب، استرس، رواندرمانی

مقدمه

و بو همراه است^(۱). مجموعه این علائم در زمان حمله باعث مشکلاتی در عملکرد روزانه شخص می‌شود^(۲). حملات میگرن دوره‌ای و تکرارشونده، معمولاً یک‌طرفه و ضربانی‌اند، این حملات ممکن است در کودک، نوجوانی

بیماری میگرن ازجمله بیماری‌های ناتوان‌کننده است که نشانه‌ی اصلی آن سردردی است که طی مدت طولانی معمولاً از ۴ تا ۷۲ ساعت به طول می‌انجامد؛ و منجر به مشکلاتی نظیر تهوع، گریز از نور، سروصدا

نویسنده مسئول: معصومه عزیزی، هیئت علمی، گروه علم اطلاعات و دانش شناسی دانشکده ادبیات و علوم انسانی، زابل، ایران

پست الکترونیک: Masoumehazizi75@gmail.com

تأثیر آشکاری روی شدت و طولانی بودن سردردهای میگرنی می‌گذارد^(۱۱). نتایج پژوهش سورو و بکر^(۱۲) که در زمینه تعامل تنیدگی و میگرن انجام گرفت، مشخص شد همان‌گونه که استرس و اضطراب به‌عنوان یک عامل رایج در بروز حملات میگرنی مزمن است، می‌تواند موجب حملات میگرنی به‌صورت مزمن شود. علاوه بر این رادات و همکاران^(۱۳) در پژوهشی در زمینه تنیدگی و رفتارهای مقابله‌ای در بیماران میگرنی نشان دادند که این بیماران تنیدگی را به‌صورت شدیدتری ادراک می‌کنند و رفتارهای سازش‌نا یافته بیشتری نشان می‌دهند. درمجموع نتایج این پژوهش رابطه نیرومند بین تنیدگی و شدت درد بیماران میگرنی را تأیید می‌کنند.

با توجه به مشکلات فراوان روان‌شناختی بیماران میگرن، استفاده از روان‌درمانی‌های مؤثر در کنار درمان‌های دارویی، می‌تواند سهم قابل‌ملاحظه‌ای برای التیام مشکلات این بیماران داشته باشد. اگرچه تاکنون تعدادی درمان‌های روان‌شناختی برای بیماران میگرن طراحی گردیده است، اما اکثر این پژوهش‌ها بر تعداد محدودی از جنبه‌های این بیماری نظیر مشکلات شخصیتی، اجتماعی یا روانی پرداخته‌اند^(۱۴) و جنبه‌های دیگر این بیماری را نادیده گرفته‌اند. یک راه برای دستیابی به زمینه‌های روانی، اجتماعی و پزشکی بیماران میگرن و درمان همه جانبه آنها، درنظر گرفتن درمان همه جانبه‌ای است تا تمامی ابعاد و مشکلات بیماران میگرن را در برگیرد^(۱۵). براساس نتایج مطالعات، عمده مسائلی که به‌طورمعمول مشکلات روان‌شناختی مبتلایان به بیماری میگرن را تحت تأثیر قرار می‌دهند عبارت‌اند از: باورها^(۱۶)؛ عواطف و هیجان‌ها^(۱۷)؛ استرس و راهبردهای مقابله‌ای^(۱۸)؛ حمایت اجتماعی^(۱۹)، کیفیت خواب^(۲۰)، مسائل اقتصادی و خانوادگی^(۲۱) و عوارض ناشی از دارو^(۲۲) بنابراین با توجه به جنبه‌های مختلف روانی- اجتماعی که بر سلامت روان‌شناختی بیماران میگرن تأثیر گذارند؛ تدوین درمان ویژه بیماران میگرن و انجام مداخله کل نگرانه‌ای در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی این بیماران ضروری به نظر می‌رسد در

یا جوانی شروع شوند و سن معینی برای شروع آنها مشخص نشده است. همچنین ممکن است در طی زمان این حملات کاهش یابند^(۴). دوره حمله سردرد ممکن است از یک ساعت تا یک هفته باشد، بااین‌حال افراد اغلب درد و علائم مشابهی را بین حملات تجربه می‌کنند^(۴). ۴ تا ۲ درصد جمعیت عمومی و ۱۵ تا ۲۰ درصد بیماران مراجعه‌کننده به مراکز سردرد از بیماران میگرنی هستند و شیوع میگرن در زنان ۳ تا ۴ برابر مردان است^(۵). شدت زیاد سردرد در بیماران مبتلا به میگرن اغلب سبب اختلال در کارکرد فعالیت‌های روزمره می‌شود و تمرکز فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد در نتیجه بر میزان کارایی و فعالیت‌های مختلف فرد اثر می‌گذارد^(۶). علاوه بر این، افراد مبتلا به میگرن به‌تبع سردرد، مشکلات روان‌شناختی زیادی نیز تجربه می‌کنند که یکی از مهم‌ترین آنها افسردگی است^(۷). بعضی از پژوهش‌ها افسردگی را به‌عنوان شایع‌ترین اختلال همبود با سردرد نیز ذکر کرده‌اند^(۸). افسردگی به‌عنوان یکی از احساسات خلقی منفی در میان بیماران مبتلا به میگرن بیشتر از افراد عادی است. افسردگی، با افزایش میزان استرس، عامل مؤثری در تشدید میگرن و حتی بروز آن است. افسردگی با بالا بردن شدت سردرد، پاسخ درمان به میگرن را به‌طور منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد. عامل مذکور، علاوه بر کاهش سطح رضایت کلی زندگی افراد مبتلا، غالباً همراه با درماندگی بوده و ناتوانی مرتبط با میگرن را بالا می‌برد^(۹).

از سوی دیگر، مشخص شده است که از سایر عوامل روان‌شناختی مؤثر در بروز سردرد، استرس و اضطراب است. در واقع سردردهای شدید میگرن منجر به افزایش استرس در این بیماران می‌شود و تا جایی این استرس ادامه می‌یابد که شخص ممکن است دست به خودکشی زند^(۱۰). استرس و اضطراب باعث مشکلات فراوانی در افراد می‌شود و تغییرات فراوانی در سیستم‌های جسمانی بدن ایجاد می‌کند. نتایج پژوهش‌ها بیانگر این است میگرن رابطه مستقیمی با استرس و عوامل روان‌شناختی دارد که

اجازه داشتند تا از داروهای مسکنی که قبلاً استفاده می‌کردند، در طی دوران روان‌درمانی نیز استفاده کنند.

پروتکل روان‌درمانی ویژه بیماران میگرن: با توجه

به مرور نظام‌مند و فرا تحلیل انجام شده، عوامل خطر روان‌شناختی میگرن عبارت‌اند از باورها، عواطف و اختلال‌های خلقی، شخصیت، تنیدگی و راهبردهای مقابله‌ای، حمایت اجتماعی و کیفیت خواب^(۲۳). لذا در یک طرح روان‌درمانی ویژه بیماران میگرن می‌توان این متغیرهای روان‌شناختی خطرناک را مورد مداخله قرار داد. این طرح روان‌درمانی ویژه بیماران میگرن در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. برای بررسی روایی آن، از طرح‌های روان‌درمانی مورد تأیید روان‌درمانگران در حوزه هر یک از عوامل روان‌شناختی خطرناک بهره گرفته شد. از نظر پنج متخصص روان‌درمانگر در حوزه روان‌درمانی شناختی رفتاری و روان‌درمانی تلفیقی نیز استفاده شد. برای اجرای الگوی روان‌درمانی ویژه بیماران میگرن، افراد گروه آزمایش در کنار دریافت مراقبت معمول پزشکی، به مدت ۸ جلسه ۲/۵ ساعته به صورت سه جلسه درمانی در هفته تحت مداخله قرار گرفتند؛ اما بیماران گروه کنترل در این مدت تنها مداخله معمول پزشکی را دریافت کردند. در پژوهش حاضر یک برنامه مداخله شناختی رفتاری گروهی کوتاه‌مدت طراحی و اجرا شد؛ که عوامل خطر قابل تعدیل چندگانه جسمی، روانی و اجتماعی را پیگیری می‌کرد و معطوف به کاهش عوامل خطرناک بیماری میگرن بود. این مداخله از ساختار گروه‌درمانی شناختی رفتاری تبعیت می‌کرد. ترتیب موضوعات جلسات بر اساس ادبیات تحقیق و ریشه‌ای‌تر بودن عوامل روان‌شناختی خطرناک منظم گردید.

در این مطالعه برای گردآوری داده از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) استفاده شد. این مقیاس توسط لوی باند و لوی باند طراحی شده و ۲۱ عبارت را در برمی‌گیرد^(۲۴). نمره‌گذاری این مقیاس در طیف چهاردرجه‌ای از هیچ‌وقت

همین راستا، مطالعه حاضر به اثربخشی درمان ویژه بیماران میگرن، تدوین شده براساس مطالعات انجام شده، بر مشکلات روان‌شناختی بیماران میگرن پرداخته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود که جامعه آماری آن را تمامی بیماران میگرن مراجعه کننده به بیمارستان خاتم الانبیا شهر زاهدان در زمستان ۱۳۹۴ و بهار ۱۳۹۵ به تعداد ۱۱۸ نفر تشکیل داد که از بین این افراد، ۳۰ بیمار که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند و تمایل آگاهانه و داوطلبانه برای شرکت در پژوهش داشتند، به صورت در دسترس انتخاب و به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. افراد گروه نمونه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش^(۱۵) و کنترل^(۱۵) جای‌دهی شدند. بیماران گروه آزمایش در کنار دریافت مراقبت معمول پزشکی به مدت ۸ جلسه ۲/۵ ساعته به صورت سه جلسه درمانی در هفته مورد مداخله قرار گرفتند؛ درحالی‌که افراد گروه کنترل طی این مدت به‌غیر از مراقبت معمول پزشکی هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. قبل و بعد از مداخله نیز به ترتیب پیش‌آزمون و پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، داشتن تحصیلات حداقل سیکل، درج تشخیص بیماری میگرن (از نوع معمولی) براساس نظر پزشک متخصص (نورولوژیست) در برگه خلاصه پرونده، هوشیاری کامل و قادر به تکلم به زبان فارسی، آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخ‌گویی به سؤالات و عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به طور همزمان. همچنین، وجود اختلال‌های همبود پزشکی و روان‌شناختی نیز از معیارهای خروج از پژوهش بود. برای رعایت اخلاق در پژوهش نیز شرکت و خروج از هر مرحله پژوهش اختیاری بود و اطلاعات به‌دست‌آمده از آنان کاملاً محرمانه و بدون ذکر مشخصات هویتی جمع‌آوری شد. همچنین با توجه به رعایت حال بیماران، این افراد

جدول ۱: خلاصه الگوی روان درمانی ویژه بیماران میگرنی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ۱	معارفه و قوانین: معارفه اعضا، آشنا کردن اعضا با ماهیت بیماری و نقش علل و عوامل روان شناختی در بروز و تشدید بیماری، معرفی کلی درمان گروهی شناختی-رفتاری، تعیین هدفها و انتظارها، تأکید بر انجام تکالیف خانگی و مشاهده فایل های آموزشی تصویری، اخذ تعهد درمانی، تأکید به کاربرد دستاوردهای آموزشی از طریق تمرین در زندگی واقعی..
جلسه ۲	شخصیت: الگوهای شخصیتی و پنج عامل بزرگ؛ شناخت ویژگی های آن ها و نقش آن ها در آسیب شناسی بیماری های؛ پیامدهای رفتاری و هیجانی الگوهای شخصیتی؛ آموزش شیوه های مدیریت زمان؛ حل مسئله و تصمیم گیری؛ مدیریت خشم و ابراز قاطعانه و سالم خشم؛ آموزش خودکنترلی.
جلسه ۳	باورهای غیرمنطقی: آموزش تحریف های شناختی، طرح و به نقد کشاندن نگرش های ناکارآمد؛ تعریف و شرح ویژگی های افکار غیرمنطقی، شرح ویژگی های افراد دارای افکار غیرمنطقی و افراد دارای افکار کارآمد؛ شناسایی خود گویی منطقی و غیرمنطقی و تمرین جایگزینی افکار منطقی؛ ارائه راهکارهای مقابله با نگرش های ناکارآمد و جایگزینی افکار منطقی.
جلسه ۴	سبک زندگی و کیفیت خواب: آشنایی با سبک زندگی سالم و ابعاد آن، اهمیت خواب، چرخه های خواب، تنظیم ساعات خواب مناسب و ...
جلسه ۵	تنیدگی و روش های مقابله ای: تأثیر تنیدگی و اضطراب بر بیماری، فنون شناسایی تنیدگی و اضطراب، آشنایی با شیوه های مقابله با استرس؛ ارائه تمرین تنفس؛ مهارت های بین فردی و اجتماعی؛ عزت نفس و حرمت خود؛ آموزش سه سبک رفتاری منفعلانه، جرات ورزانه و پرخاشگرانه در موقعیت ارتباطی، شناسایی افکار اضطراب زا، فنون شناختی برای به چالش کشیدن افکار اضطراب زا، ارائه تفسیرهای جایگزین، بررسی شواهد و احتمالات.
جلسه ۶	حمایت اجتماعی: روابط بین فردی گذشته و روابط کنونی، تغییر انتظارات منفی ارتباطی، مشکلات بین فردی انفعال، عدم قاطعیت، ترس از مخالفت. افزایش مهارت های بین فردی ابراز نیازها و احساسات و ارائه بازخورد به واکنش های دیگران. آگاهی، پذیرش و تحمل احساسات خود در تعامل اجتماعی.
جلسه ۷	افسردگی و حالات خلقی: شناخت نشانه های افسردگی و نقش آن در بیماری؛ افکار خود آیند منفی همراه با احساس های ناخوشایند؛ آموزش تن آرامی، تمرین تنفس، الگوی ABCD
جلسه ۸	جمع بندی: جمع بندی و مرور، بازخورد از بیماران و اجرای پس آزمون

صاحبی و همکاران بر روی نمونه ای از دانشجویان ایرانی اجرا شده و روایی عاملی اکتشافی و نیز روایی ملاکی آن با اجرای همزمان آزمون افسردگی بک ($I=0/70$)، اضطراب زانگ ($I=0/67$) و استرس ادراک شده ($I=0/49$) مورد بررسی قرار گرفته و به تأیید رسیده است. پایایی زیر مقیاس ها نیز از $0/77$ تا $0/79$ گزارش شد^(۲۵).

(صفر) تا همیشه^(۳) صورت می گیرد. نمرات بالاتر در هر خرده مقیاس نشان دهنده وضعیت نامطلوب تر فرد در آن خرده مقیاس است و بالعکس. روایی و پایایی این مقیاس در مطالعه اصلی از طریق همبستگی میان نمرات آن با آزمون های افسردگی و استرس به تأیید رسیده و آلفای کرونباخ $0/84$ تا $0/91$ برای آن گزارش شده است ۳۳ این مقیاس توسط

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) در SPSS ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

تمامی شرکت کنندگان پژوهش زن بودند. در گروه آزمایش ۴ نفر مجرد و ۱۱ نفر متأهل و در گروه کنترل ۳ نفر مجرد و ۱۲ نفر متأهل بودند. میانگین سنی گروه

آزمایش ۳۴/۴۱ و میانگین سنی گروه کنترل ۳۲/۱۱ بود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و کنترل در جدول شماره ۲ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنف ($K-S Z$) برای بررسی نرمال بودن متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره Z آزمون کالموگروف-اسمیرنف برای تمامی متغیرها معنی‌دار نمی‌باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال می‌باشد.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی افسردگی، اضطراب و تنیدگی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	K-S Z	p
افسردگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۹/۳۲	۱/۰۱	۰/۴۸	۰/۹۷
		کنترل	۱۰/۱۱	۱/۳۰	۰/۵۰	۰/۹۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۶/۶۵	۱/۴۳	۰/۵۳	۰/۹۳
		کنترل	۱۰/۹۸	۱/۰۵	۰/۶۷	۰/۷۵
اضطراب	پیش‌آزمون	آزمایش	۸/۲۶	۱/۵۳	۰/۷۳	۰/۶۵
		کنترل	۹/۱۳	۱/۸۰	۰/۵۳	۰/۹۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۴/۷۶	۱/۳۹	۰/۸۹	۰/۴۰
		کنترل	۹/۷۹	۲/۰۱	۰/۵۱	۰/۹۵
استرس	پیش‌آزمون	آزمایش	۹/۵۱	۱/۰۴	۰/۳۴	۱
		کنترل	۹/۳۹	۱/۱۹	۰/۵۰	۰/۹۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۶/۱۳	۱/۹۰	۰/۴۹	۰/۹۶
		کنترل	۹/۱۰	۱/۹۴	۰/۴۶	۰/۹۸

برای بررسی تأثیر روان‌درمانی ویژه بیماران میگرن بر مشکلات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) این بیماران از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشکلات روان‌شناختی در گروه آزمایش و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر

است ($F_{۲۴,۳} = ۲/۲۳, P > ۰/۰۵$). نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس متغیر افسردگی ($F_{۲۸,۱} = ۲/۱۰, P > ۰/۰۵$)، اضطراب ($F_{۲۸,۱} = ۰/۱۷, P > ۰/۰۵$) و استرس ($F_{۲۸,۱} = ۲/۰۹, P > ۰/۰۵$) نتایج آزمون باکس برای بررسی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و کنترل

و استرس) تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F_{2,35} = 23/14, P > 0/001$). برای بررسی تفاوت معنی‌داری تک تک مؤلفه‌های مشکلات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) در دو گروه آزمایش و کنترل، در جدول شماره ۳ نتایج اثرات بین آزمودنی گزارش شده است.

نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($F = 0/58, P > 0/05, \text{Box M} = 3/99$). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در مؤلفه‌های مشکلات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب

جدول ۳: اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چند متغیره در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس

متغیر	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	Sig
افسردگی	۵۲/۱۱	۱	۵۲/۱۱	۳۲/۱۱	۰/۰۰۱
اضطراب	۸۶/۰۱	۱	۸۶/۰۱	۳۷/۰۹	۰/۰۰۱
استرس	۴۱/۱۴	۱	۴۱/۱۴	۲۱/۳۹	۰/۰۰۱

ویژه بیماران می‌گرن بر مشکلات روان‌شناختی آن‌ها بود. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان داد که الگوی روان‌درمانی ویژه بیماران می‌گرن تأثیر مثبتی بر مشکلات روان‌شناختی بیماران می‌گرن داشته است؛ به طوری که افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل که هیچ‌گونه آزمایشی دریافت نکرده بودند در مرحله پس‌آزمون، افسردگی، اضطراب و استرس کمتری داشتند. با توجه به اینکه روان‌درمانی ویژه می‌گرن از اصول و تکنیک‌های شناختی رفتاری تبعیت می‌کند و بر بسیاری از اصول آن تأکید دارد، بنابراین یافته‌های این پژوهش را می‌توان همسو با نتایج پژوهش‌هایی دانست که نشان داده است روان‌درمانی‌های شناختی-رفتاری و گروه‌درمانی‌های شناختی بر مشکلات روان‌شناختی بیماران می‌گرن اثربخش است، از جمله این پژوهش‌ها می‌توان به نتایج پژوهش‌های منصوری شاد و همکاران^(۲۶)؛ هریس و همکاران^(۲۷)، تورن و همکاران⁽²⁸⁾ و دانای سیج^(۲۹) اشاره نمود.

در تبیین نتایج حاصل می‌توان به این نکته اشاره نمود که روان‌درمانی ویژه بیماران می‌گرن با تأکید بر

با توجه به جدول شماره ۳ آماره F برای همه متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. با توجه به نتایج مندرج در جدول شماره ۱ که نشان‌دهنده میانگین‌های کمتر گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل در متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس است، می‌توان نتیجه گرفت تفاوت معنی‌دار در این متغیرها در بین گروه آزمایش و کنترل به نفع گروه آزمایش است و افرادی که در گروه آزمایش قرار داشتند و روان‌درمانی ویژه بیماران می‌گرن دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل که همچنین آموزشی دریافت نکرده بودند از افسردگی، اضطراب و استرس کمتری برخوردار شدند؛ بنابراین روان‌درمانی ویژه بیماران می‌گرن تأثیر مثبتی بر مشکلات روان‌شناختی بیماران می‌گرن داشته است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخش الگوی روان‌درمانی

منطق، قضاوت، ارزیابی واقعیت‌ها و بی‌کفایتی و عدم جرأت‌ورزی و در نتیجه ناتوانی در انتخاب شیوه‌های عقلی و عملی به‌منظور رفع مشکلات، ازجمله ویژگی‌ها و عوامل افسردگی و اضطراب و تنیدگی هستند^(۳۳) که در روان‌درمانی ویژه بیماران میگرنی مورد تعدیل و بازسازی قرار می‌گیرند. از طرف دیگر، در پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی روان‌درمانی ویژه بیماران میگرنی بر بهبود میزان باورهای غیرمنطقی، ویژگی‌های شخصیتی، تنظیم هیجانی و راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت خواب در بیماران میگرنی پرداخته شد و این دامنه وسیع متغیرهای روان‌شناختی می‌توانند به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم افسردگی، اضطراب و استرس را در این بیماران کاهش دهند.

نتیجه‌گیری

درمجموع نتایج این پژوهش بیانگر تأثیر روان‌درمانی ویژه میگرن بر تعدادی از مشکلات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) بیماران میگرن بود. این روان‌درمانی با توجه به اینکه براساس مرور نظام‌مند مشکلات روان‌شناختی این بیماران را در وهله اول مشخص کرده و در وهله دوم به بررسی بهبود این مشکلات در قالب یک الگوی روان‌درمانی پرداخته است، می‌تواند تلویحات درمانی و آموزشی فراوانی در حوزه آسیب‌شناسی و درمان این بیماری داشته باشد.

محدودیتها و پیشنهادات

علی‌رغم نتایج کاربردی که از این پژوهش قابل استنباط است، اما پژوهش حاضر همچون سایر پژوهش‌ها از محدودیت‌هایی نیز برخوردار بوده است. استفاده از ابزار خودگزارشدهی جهت سنجش میزان افسردگی، استرس و اضطراب، به‌ویژه به علت اینکه تعدادی از آزمودنی‌ها از تحصیلات پایین برخوردار بودند، یکی از این مشکلات بود. به نظر می‌رسد استفاده از ابزارهای دیگر مانند مصاحبه جهت سنجش مشکلات روان‌شناختی می‌تواند کمک شایانی کند. علاوه بر این، محدود بودن حجم

عناصر درمان شناختی رفتاری که مشکلات روان‌شناختی افسردگی، اضطراب و استرس را ناشی از تمایل منفی در فرایند پردازش اطلاعات که نتیجه‌ای از تحریف تفسیرها از خود، محیط و آینده است و با باورهای ناسازگارانه‌ای که به‌وسیله فرد برانگیخته می‌شود، ارتباط دارد، تأکید می‌کند^(۳۰). همچنین این رویکرد درمانی اسناد درونی و بیرونی، افکار خودآیند منفی، تفسیرهای منفی، باورهای غیرمنطقی و تحریف‌های شناختی را موردنظر قرار می‌دهد^(۳۱). فنون روان‌درمانی ویژه بیماران میگرنی با استفاده از روشهای مختلف تلاش نمود تا با استفاده از فنون مختلف چهارچوب درمان شناختی رفتاری را در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی بیماران میگرن بکار گیرد، تعدادی از این فنون عبارت بودند از: افزایش آگاهی و دانش در مورد ماهیت بیماری، آموزش تنفس عمیق و آهسته جهت بهتر نفس کشیدن در هنگام تنگی نفس و سردرد، صحبت راجع به محدودیت‌های بیماری و احساسات افراد در این مورد، چگونگی یادگیری مهارت‌های مقابله سازگار، انجام آرمیدگی، آموزش انجام فعالیت‌هایی جایگزین فعالیت‌های محدودکننده بیماری، کار بر روی شناخت‌ها و تفکرات منفی به‌ویژه راجع به بیماری و اثرات آن، آموزش استفاده از منابع حمایتی و اجتماعی، آموزش مهارت‌های حل مسئله و جرأت‌ورزی^(۳۲). همچنین حضور در جمع همسالانی که این مشکلات روان‌شناختی را تجربه می‌کنند و مبتلا به بیماری هستند، از حس متفاوت بودن نسبت به دیگران می‌کاهد و باعث می‌شود تا افراد از تجربیات یکدیگر در برخورد با مسائل نیز موضوعاتی را یاد بگیرند. استفاده از روش‌های فوق احتمالاً از طریق تغییر دیدگاه افراد راجع به بیماری و روند زندگی خود، منجر به کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در این افراد گردیده است^(۳۱).

در این روش درمانی، درمانگر با به چالش کشیدن افکار منفی، برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف را تقویت کرده تا از این شیوه افسردگی، اضطراب و تنیدگی را کاهش دهد. علاوه بر این، آسیب شدید در قدرت

نمونه پژوهش به بیماران میگردن زن شهر زاهدان، امکان تعمیم‌دهی نتایج را به بیماران سایر مناطق کشور با محدودیت مواجه می‌سازد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های متنوع‌تری برای انجام پژوهش مشابه استفاده نمود و همچنین اثربخشی روان‌درمانی ویژه میگردن را بر سایر مشکلات مبتلایان به میگردن مانند افزایش اعتمادبه‌نفس و سرمایه‌های روان‌شناختی مورد بررسی قرار داد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از تمام بیماران شرکت‌کننده در پژوهش و همچنین روسا و کارکنان بیمارستان خاتم‌الانبیا شهر زاهدان، به پاس همکاری بی‌دریغ شان تشکر می‌نمایند. لازم به ذکر هست که مطالعه حاضر با کد ۳۳۰ در کمیته اخلاق دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد به ثبت رسیده است.

References

1. Wells RE, Burch R, Paulsen RH, Wayne PM, Houle TT, Loder E. Meditation for migraines: a pilot randomized controlled trial. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2014; 54 (9):1484-95.
2. Saper JR, Dodick DW, Silberstein SD, McCarville S, Sun M, Goadsby PJ. Occipital nerve stimulation for the treatment of intractable chronic migraine headache: ONSTIM feasibility study. *Cephalalgia*. 2011; 31(3):271-85.
3. Yadav RK, Kalita J, Misra UK. A study of triggers of migraine in India. *Pain Medicine*. 2010; 11(1):44-7.
4. Martin PR. Behavioral management of migraine headache triggers: learning to cope with triggers. *Current pain and headache reports*. 2010; 14(3):221-7.
5. de Tommaso M, Federici A, Loiacono A, Delussi M, Todarello O. Personality profiles and coping styles in migraine patients with fibromyalgia comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*. 2014; 55(1):80-6.
6. Edvinsson L, Villalón CM, MaassenVanDenBrink A. Basic mechanisms of migraine and its acute treatment. *Pharmacology & therapeutics*. 2012; 136(3):319-33.
7. Nozari A, Dilekoz E, Sukhotinsky I, Stein T, Eikermann-Haerter K, Liu C, Wang Y, Frosch MP, Waeber C, Ayata C, Moskowitz MA. Microemboli may link spreading depression, migraine aura, and patent foramen ovale. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*. 2010; 67(2):221-9.
8. Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC, Welch KM. Headache and major depression is the association specific to migraine. *Neurology*. 2000; 54(2):308-318.
9. Baskin SM, Smitherman TA. Comorbidity between migraine and depression: update on traditional and alternative treatments. *Neurological Sciences*. 2011; 32(1):9-13.
10. Breslau N, Schultz L, Lipton R, Peterson E, Welch KM. Migraine headaches and suicide attempt. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2012; 52(5):723-31.
11. Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004; 109(4):243-58.
12. Sauro KM, Becker WJ. The stress and migraine interaction. *Headache: The journal of head and face pain*. 2009; 49(9):1378-86.
13. Radat F, Mekies C, Géraud G, Valade D, Vivès E, Lucas C, Joubert JM, Lantéri-Minet M. Anxiety, stress and coping behaviours in primary care migraine patients: results of the SMILE study. *Cephalalgia*. 2008; 28(11):1115-25.
14. Balottin U, Ferri M, Racca M, Rossi M, Rossi G, Beghi E, Chiappedi M, Termine C. Psychotherapy versus usual care in pediatric migraine and tension-type headache: a single-blind controlled pilot study. *Italian journal of pediatrics*. 2014; 40(1):6-18.
15. Mikocka-Walus A, Bampton P, Hetzel D, Hughes P, Esterman A, Andrews JM. Cognitive-behavioural therapy has no effect on disease activity but improves quality of life in subgroups of patients with inflammatory bowel disease: a pilot randomised controlled trial. *BMC gastroenterology*. 2015; 15(1):54.
16. Narimani M, bagiyankoulemarz M, Mehdinejad moghadam B. The Comparison of Unlogical Believes and Self-Skilfullness and Psychological Best Lining in Patients Who are Affected to Migraine and Healthy Person. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*, 2015; 4(13): 7-20. [Persian].
17. Chan JK, Consedine NS. Negative Affectivity, Emotion Regulation, and Coping in Migraine and Probable Migraine: A New Zealand Case-Control Study. *International journal of behavioral medicine*. 2014; 21(5):851-60.
18. Peymannia B, Moosavi E. The Comparison between

- Conceived Stress and Personality traits, in People Suffering from Migraine and Healthy People. JSSU. 2014; 22 (2):1069-1078. [Persian].
19. Blomkvist V, Hannerz J, Orth-Gomér K, Theorell T. Coping style and social support in women suffering from cluster headache or migraine. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1997; 66(3):150-4.
 20. Asadnia S, Sepehrianazar F, Mosarrezaii Aghdam A, Saadatmand S. COMPARISON OF SLEEP QUALITY AND MIGRAINE HEADACHES IN PEOPLE WITH PROPER AND IMPROPER AND POOR SLEEP. *J Urmia Univ Med Sci*. 2013; 23 (7):799-806[Persian].
 21. Dueland AN, Leira R, Burke TA, Hillyer EV, Bolge S. The impact of migraine on work, family, and leisure among young women—a multinational study. *Current medical research and opinion*. 2004; 20(10):1595-604.
 22. Gallagher RM, Kunkel R. Migraine medication attributes important for patient compliance: concerns about side effects may delay treatment. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2003; 43(1):36-43.
 23. Azizi M, Agha-Mohammadiyan Shaarbaf HR, Mashhadi A, Asghari-Ebrahimabadi MJ. The Comparison of Psychological Status in People Suffering From Migraine With Healthy People. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2016; 23(4):706-13. [Persian].
 24. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*. 1995; 33(3):335-43.
 25. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. *J Iran Psychol*. 2005; 4(1): 299-313. [Persian].
 26. Mansourishad H, Togha M, Borjali A, Karimi R. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Relieving Migraine Headaches. *Archives of Neuroscience*. 2017;4(4):24-36.
 27. Harris P, Loveman E, Clegg A, Easton S, Berry N. Systematic review of cognitive behavioural therapy for the management of headaches and migraines in adults. *British journal of pain*. 2015; 9(4):213-24.
 28. Thorn BE, Pence LB, Ward LC, Kilgo G, Clements KL, Cross TH, Davis AM, Tsui PW. A randomized clinical trial of targeted cognitive behavioral treatment to reduce catastrophizing in chronic headache sufferers. *The Journal of Pain*. 2007; 8(12):938-49.
 29. Danae Sij Z, Dehghani Firoozabadi M, Sharifzade G. Effects of cognitive-behavioral stress management on depression, anxiety, and pain control in patients with migraine headaches. *Mod Care J*. 2014; 10 (3):157-164. [Persian].
 30. van Beugen S, Ferwerda M, Hoeve D, Rovers MM, Spillekom-van Koulil S, van Middendorp H, Evers AW. Internet-based cognitive behavioral therapy for patients with chronic somatic conditions: a meta-analytic review. *Journal of medical Internet research*. 2014; 16(3). 254-69.
 31. Agdal ML, Raadal M, Öst LG, Skaret E. Quality-of-life before and after cognitive behavioral therapy (CBT) in patients with intra-oral injection phobia. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2012; 70(6):463-70.
 32. Powers SW, Kashikar-Zuck SM, Allen JR, LeCates SL, Slater SK, Zafar M, Kabbouche MA, O'brien HL, Shenk CE, Rausch JR, Hershey AD. Cognitive behavioral therapy plus amitriptyline for chronic migraine in children and adolescents: a randomized clinical trial. *Jama*. 2013; 310(24):2622-30.
 33. Dikmen PY, Yavuz BG, Aydinlar EI. The relationships between migraine, depression, anxiety, stress, and sleep disturbances. *Acta Neurologica Belgica*. 2015; 115(2):117-22.

Effectiveness of Migraine Specific Psychotherapy on measurements of a Patents' Psychological Problems

Masoumeh Azizi^{1*}

1. Faculty Member in Department of Information Science, Zabol University, Zabol, Iran

ABSTRACT

Aims and background: Patients with migraine have been shown to have a high rate of psychological comorbidities such as depression, anxiety and stress. The aim of the paper was to study the effectiveness of migraine specific psychotherapy on the patents' ratings of their psychological problems.

Materials and methods: In this semi-experimental study with a pretest-posttest control group, 30 migraine patients were selected from Khatam-ol-Anbia hospital in Zahedan and randomly assigned into an experimental or a control group. The experimental group received special psychotherapy for migraine patients during 8 sessions of 2.5 hours each. The control group did not receive any intervention during the study period. Experiment and control groups completed the Depression Anxiety Stress scale (DASS_21) before and after the intervention. Data was analyzed by MANCOVA test using SPSS18.

Findings: The results of the data analysis showed that there was a significant difference between the mean scores of depression, anxiety and stress before and after treatment ($p < 0.001$). Therefore, the migraine specific psychotherapy was effective in decreasing the measurements of the of patents' psychological problems.

Conclusion: The migraine specific psychotherapy is effective in reducing psychological problem scores of migraine patents. Therefore, it is recommended as an effective therapy to improve mental health..

Keywords: Migraine, Depression Anxiety, Stress, Psychotherapy

► Please cite this paper as:

Azizi M, [Effectiveness of Migraine Specific Psychotherapy on the Patents' Psychological Problems(Persian)]. J Anesth Pain 2018;9(1):87-97.

Corresponding Author: Masoumeh Azizi, Faculty Member in Department of Information Science, Zabol University, Zabol, Iran.

Email: Masoumehazizi75@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۹، شماره ۱، پاییز ۱۳۹۷